

.....
/imię i nazwisko/

.....
/miejsowość, data/

ul.

.....
/adres zamieszkania/

nr tel.:

e-mail:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Marsz. J. Piłsudskiego 5

19 – 300 Elk

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że w dniu ukończyłam / ukończyłem* naukę

w

i zamierzam kontynuować edukację w

.....

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku nie podjęcia nauki, zobowiązuję się do zwrotu wypłaconych świadczeń za okres wakacji.

* (właściwie podkreślić)

.....
/data i czytelny podpis wychowanka/

.....
/data i czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia/